

連続講座

在宅看護学の世界

スーディ神崎 和代

KANZAKI-SOOUZI Kazuyo (Sapporo City University) World of Home Healthcare Nursing, *Nursing and Information* 2013;20:3-9

キーワード：在宅看護, 継続看護, 療養者 (児), 在宅死

I. はじめに

「看護は最も歴史あるアート (ART = 芸術) でありながらも専門職としては新しい分野である」と言われている (Donahue, 1966)。なかでも在宅看護は、実践現場では長い歴史を経て、今日に至っているが、学問としての在宅看護学はその歩みをようやく始めた段階であるといえる。

諸外国の終焉を迎える場所の比較をみると、病院で亡くなる率はスウェーデンで42%、オランダでは35%、フランスでは58%、そして、日本では80%以上が病院で亡くなっている現状である。2010年の世論調査 (日本) では病院に入院しての介護を望んでいる人の割合は約13%であった (中央社会保険医療協議会, 2011)。多くの人は出来たら住み慣れた自宅 (本人がホームと感じている場所) で療養をしたいと望んでいることを示すデータである。しかし、1975年を境に日本での在宅での死亡率が減少し続けてきた (スーディ, 他, 2011)。

近年、緊急の医療処置が不要な慢性期の患者や見守りのみを必要とする高齢者の入院による医療費の高騰を抑制する方針を国も打ち出してきている。それと同時に、より効果的に、且つ療養者が望む暮らしを促進できる在宅ケア (看護, 医療, 介護) に注目がされるようになってきた。

可能な限り自分の生活の場で療養したいという人間の基本的な願いに加えて、少子高齢化などの人口動態の変化や医療政策などの社会的要因からますます在宅看護の必要性は高まる傾向にある。早急な専門性の高い在宅看護師の育成は重要課題の一つであり、それは在宅看護教育に関わる者の担うべき役目であろうと感じている。同時に真の意味での在宅看護学論の構築には揺るぎない論拠を導き出す研究と時間が必要である (スーディ, 他, 2012)。

II. 在宅看護とは

簡単に定義すると、「看護者が在宅療養者とその家族が生活する場へ直接出向いて、対象者が望む生活のために、対象者のもてる力を生かしながら、その人らしい生活を支えていく看護活動である」と定義できる。また、「自分の家で療養を継続したいと願う人が自分らしいライフスタイルを諦めずに、できるだけ長く、終末期の人であれば終焉の時まで、若い療養者であれば家族に囲まれて成長しながら療養を継続できるように、病院内で提供される看護サービスに劣らない質の看護サービスを可能にする活動」と表現することもできる (スーディ, 他, 2012)。

在宅看護の世界では対象者を「患者」と呼ばずに「療養者」と呼ぶ。その理由は在宅看護では対象者を「それぞれの地域で生活をする人が何らかの健康課題を抱えて療養をしている人」と考え、対象者を全人的 (holistic) に捉えるので、「疾患のみに焦点を当てる病院内の患者 (患者)」ではなく「出来るだけその人らしい暮らしをしながら療養する人 (療養者)」と呼ぶのである。

近年、単独世帯や高齢夫婦世帯の増加などでグループホームや高齢者施設を終の生活の場として選択する人たちもおり、「家」の概念は変化している。一戸建ての家や一般の集合住宅だけが「家」ではなく、その人が生活の場と決めた場所はその人の「家」と考える。つまり、在宅看護は有料老人ホームなどの高齢者施設や障がい者が共同で住む授産施設でも提供できるという認識である。

尚、日本では在宅看護と訪問看護はほぼ同義語として用いられている。

Ⅲ. 対象者

在宅看護の対象者は地域で暮らしている何らかのケアを必要とする乳幼児から高齢者まで、つまりすべての年齢層、すべてのライフステージにいる人々である。また、在宅療養者のみならず、その家族も対象の一部として考える。それは対象者を単独ではなく、家族の関係や地域との関わり、家庭・社会における役割を持ちながら生活する存在として捉えることが大切であると考えられている。これらの視点に立って、対象者が望む暮らしのあり様や生きがいなど、中長期的な視点で考える必要がある。

対象となる在宅療養者の疾病は多様であり、慢性疾患や障がいを持つ人々に加えて、看護を必要とする高度な医療機器を装着して療養する人、あるいは終末期を在宅で過ごす人や術後の回復期を過ごす人、とあらゆる健康課題を持つ人々である。

現行の訪問看護の根拠となる法律には、介護保険法(2000年制定)、健康保険法、障害者自立支援法などがある。これらの法律に基づいて提供される訪問看護の対象は、要支援・要介護高齢者、難病療養者、精神障がい者、身体障がい者、終末期療養者、小児療養者などである。

尚、在宅用のコンパクトな高度な医療機器(人工呼吸器、酸素療法など)は多く開発されており、病院に劣らない質のケアが可能になっている。末期のがん療養者のための在宅疼痛緩和プログラムも日本でも徐々に開発されている。

1. 高齢者

在宅看護は全てのライフステージの人を対象とするが、高齢者の在宅看護に占める割合は高い。加齢による身体的機能の低下、有病率の高さや複数の疾患を併発している割合が高く、ケア支援が必要となってくる。要支援・要介護高齢者(介護保険法により介護の必要度に応じて要支援1, 2, 要介護度1~5と段階的に分けて、提供する支援の種類や程度を決めている。勿論、それには医師の診断書と共にケア・マネジャーと呼ばれる認定資格者によるアセスメント【評価】を受ける必要がある。)に占める80歳以上の割合は80%を超える。日常生活動作(入浴、食事、歩行など)の低下に加えて、認知症の増加(加齢はアルツハイマー型認知症の原因要因の一つである)、一人暮らしの高齢者の増加に伴い医療的支援のみならず生活全般に関わる支援が必要となってくる。

2. 小児

小児医療の進歩に伴い、未熟児や重度の障がい児に対して先進医療が施され、医療機関で治療が終わった時点で在宅療養に移行するケースが増加している。気管切開や人工呼吸器装着、吸引など、医療的ケアを長期に必要とする状態で療養するケースは多い。医療的ケアを必要とする小児に対しては、症状観察や医療管理に加えて、親、特に母親の養育相談、精神的支援、医療機関との連携など、訪問看護師は大きな役割を担っている。小児の場合は療養中もその年齢に適した遊びや教育の提供が課題となる。重度の医療課題を持っている小児や障がい児の通園・通学を受け入れる施設が少ないという社会全体で解決しなければならない課題がある。

3. 難病

現在、130疾患が難病として認定されており、全国で679,335名の人々が特性疾患医療受給者証の交付を受けている(2009年)。国民総数から見ると難病者の数は多くはないが、難病は治療方針が定まっておらず、進行性の疾患が多く、本人や家族の困難もさることながら経済的な負担は大きい。多くの難病の人が病院で診断を受けた後にすぐに在宅療養へ移行することが多い。告知後の本人や家族の精神的な動揺や不安ははかり知れない。療養者と家族の精神的サポートをしながら、病状と進行に合わせてセルフケアが継続できるように支援していくことが訪問看護師の役割の一つである(菊地, 他, 2012)。家族の介護の負担を軽減するために、レスパイトのための短期入所などをアドバイスしながら、家族が安定した介護ができるように支援することも大切である。レスパイトとは「一時休止」の意味で、在宅で介護をする家族が一時的に休息を得るために療養者が滞在できる施設のことである。

4. 精神障がい者

障害者基本計画(2002年)や障害者自立支援法(2005年)などの策定により、精神障がい者の社会復帰の環境整備が整備された。精神や行動に障がいがある人たちは漸次増加傾向にあり、今後も増えていくことが予想される。主な疾患は統合失調症や気分障がい、高次機能障がい、てんかんなどである。訪問看護師による療養中のリハビリや投薬管理が重要である。精神障がい者は新しい人間関係の形成に困難をきたすことが多いので、在宅療養への移行後に訪問看護師と新たな人間関係を構築するプロセスが社会復帰の第一歩となる。

5. 終末期（ホスピスケア）

多くの方が在宅を終焉の場として望むが、必ずしもその願いはかなえられていない。しかし、在宅看護は療養者の終末期において、大切な役割を果たしている。本人が在宅での終焉を希望していることをベースに、家族が看取りを含む終末期の過程を辿れるかがカギとなる。終末期における訪問看護師の役割は複数あり、療養者の苦痛（疼痛）の緩和、病状の変化に応じた専門的なアドバイスの提供、死を目前にしての家族の動揺を支えること、死期が近づいたときの療養者に起こる身体的変化の家族への説明と支援、など多岐にわたる。

IV. 在宅看護の歴史

日本の看護の歴史は派出看護や巡回看護という形で在宅看護（訪問看護）から始まったと言っても過言ではない。そして、その歴史は150年前にさかのぼる。在宅看護が基礎教育として日本の看護教育に組み込まれたのは1997年であり、2008年から統合分野に組み入れられたところである。看護教育の視点から考えると、新しい看護領域であるが、在宅看護実践の歴史ははるかに長い。日本の看護実践も看護教育もイギリスやアメリカの影響を大きく受けながら発展してきたことを考慮し、ここではイギリスやアメリカの在宅看護の歴史にふれる。

1. イギリス

どの国でも古から、「家族が病んでケアが必要な時には家族が看病をする」という介護の原点が家族にあるのが分かるであろう。多くの国の専門職としての在宅看護の歴史がそうであったように、イギリスの在宅看護の歴史も経済力や社会的な力をもった主要人物が必要を感じて、まずは訪問看護という形で在宅看護を始める機会を作った。1860年代には地区看護師という名称の訪問看護活動をする地区看護師（district nurse）が生まれた。この地区看護師という名称は現在でも健在である。1889年には訪問看護師の全国組織が作られ、この仕組みや考え方は同時に多くの移民としてイギリス人が移り住み、関係が深かったアメリカ合衆国やオーストラリアなどへも広がった。

参考にイギリスの地区看護師募集要項に示されている内容を下記に示す（Royal College of Nursing, 2002）。

- ・ 家庭医や病院からの依頼を受けての看護活動
- ・ 療養者の健康状態のアセスメント・看護計画の立案・健康状態の管理
- ・ 療養者とその家族、主介護者、他の専門職者との連

携

- ・ 療養者とその家族への精神的な支援、および基本的なケア技術教育
- ・ 服薬や治療についての説明、および服薬方法の指導
- ・ 社会的な課題がある場合、アセスメントを実施して適切な専門職者や社会資源との連携支援
- ・ 血圧測定、与薬、注射、点滴、褥瘡ケア、検体採集などの基本的看護活動
- ・ 他職種との密な連携構築
- ・ 病状の進行状態を観察し、治療方針と照らし合わせてのアセスメント
- ・ 必要に応じて介護専門者の導入などの指示
- ・ 療養者の状況と希望により配食サービスや集中在宅ケアの手配等

2. アメリカ

一方、アメリカでは1813年には慈善団体により在宅看護が行われていた記録があり、専門教育を受けた訪問看護師が自宅を訪問して在宅看護を提供したのは1877年に設立されたニューヨーク市ミツションであった。その後、訪問看護協会は各地に設立され1890年には21か所に事業所が開かれていた。その後、訪問看護活動を拡大し、1911年には55名の訪問看護師と共に17,500回の訪問をしたといわれている。

ドイツ系ユダヤ人の両親のもとに生まれたリリアン・ワールドは専門職としての訪問看護の基礎を築いた人物として知られる。また、先見の明と鋭い経済感覚を持っていた彼女は大手保険会社を説得し、訪問看護サービスを保険商品として被保険者へ提供することに成功した。これにより一度に多額の看護サービスに対する支払いを余儀なくされる状況から、訪問看護サービスを経済的、かつ計画的に受け入れることを可能にするシステムを整備した。

ワールドが最初の訪問看護事業所を開設してから90年



（出典 jewishmag.com）リリアン・ワールドがニューヨーク市内の療養者を訪問

6 看護と情報 2013 : Vol.20

後の1983年に最初のアメリカ合衆国訪問看護協会が設立された。

「在宅ヘルスケア（看護も含む）は地域で生活する人が可能な限り健康を維持し、機能を回復し、安楽を得られるようにサービス及び教育を提供する分野である」とアメリカでは定義され、現在の在宅看護の第一人者であるウィドマーは在宅ケアを成功させるカギは看護、介護、医療などあらゆる諸職種と地域の社会資源を連携することにあると述べている（Widmer, 2002）。在宅ケアに充当したメディケア予算も1990年から1996年には4倍以上に増加した。メディケアが制定されてからの28年間でメディケア認定の在宅ヘルスケア事業所は429%にも増加した（Grindel-Waggoner, 1999）。ちなみにメディケアというのは1965年に制定された公的な医療保険制度で、対象は65歳以上の高齢者及び65歳以下の特定疾患を患っている人たちである。2000年に制定された日本の介護保険制度にも参考とされた制度である。

1980年代にマネージド・ケア（日本でも導入され始めているヘルケアの提供方法）が始まり、質の良いヘルスサービスを経済的に療養者（患者）へ提供することが強調されるようになった。

ここでマネージド・ケアについて説明を加える。マネージド・ケアとは、多様な手段を用いてヘルスケアの質を低下させずに医療関連コストを可能な限り抑制して、ヘルスケアサービスを提供する手法を表すのに用いられる用語である。1980年代初めにアメリカで高騰する医療費を抑制するために生まれた手法であり、筆者はこの手法が全米の病院をはじめとするヘルスケア業界へ導入された時に臨床現場で仕事をしており、マネージド・ケアの洗礼を受け、徹底した教育を受けた経験がある。マネージド・ケアで重要なことはコスト節減をしても質は低下させないことであるが、このバランスの維持が難しい。そこで「医療の質の専門家」と呼ばれる認定試験に合格した専門職者のニーズが高まったのもこの時期である。

マネージド・ケアの背景にあったのは医療費の高騰であり、入院日数の短縮化、効率の良いサービス提供が更に病院や医療専門職者に求められるようになった。自分の生活の場で療養をしたいという人の願いを満足させながら、経済的にも効果的にヘルスケアを提供する在宅看護はマネージド・ケアの環境では歓迎された。人は基本的には自宅で過ごしたいと願っていることに加えて、在宅看護は病院看護より経済効果が高いことはすでに検証されていたからである。

最近、この医療費を抑えたヘルケアサービスの提供、つまりマネージド・ケアの考え方は日本にも導入され始

めており、入院日数の短縮化、地域と連携して病院から在宅への患者のスムーズな移行を図る「地域連携室」などを設けている病院が増えている。

アメリカでは、2007年の時点で全国に在宅ヘルスケア事業所が14,500か所あり、25%は在宅で痛みの緩和するサービスなどを受けながら出来るだけ穏やかに終焉までを過ごすホスピスサービスも提供している。尚、ホスピスサービスの対象になる人は一般的に余命が約6か月と診断された人たちである。

また、在宅看護の対象者は約70%が高齢者であり、これは日本の在宅看護の利用者と同じ傾向である。主な疾患は循環器系、呼吸器系、外傷・毒物、2型糖尿病であり、一人の療養者は平均で3つの疾患を患っている。

3. 日本

日本で近代看護教育を始めたのはロンドンの医学校で学んだ高木兼寛（1849-1920）、アメリカ事情に明るかった新島襄、アメリカ人宣教師であったメアリー・トゥルーらであった。高木兼寛という人物はマルチタレントの人物であったようで、軍医、研究者、教育者、経営者などの複数の顔を持っていた。研究者としての高木は「脚気とビタミンとの関係」の研究で知られており、当時伝染病と考えられていた脚気は栄養問題であると解明した人である。余談だが、彼は北海道開拓にも関わり、高木が購入した後に寄付をした土地は夕張市内にあり、角田神社がその一角に今でも建っている。

高木が看護教育に関わったきっかけはロンドン留学中に見学したナイチンゲール看護学校にあった。看護教育の重要性を認識した高木は帰国後、新島やトゥルーらと看護学校設立に取組んだ。アメリカ人E.リードらの支援を得て1884年に有志共立東京病院看護婦教習所（現慈恵会看護専門学校）が設立された。

日本の在宅看護のルーツは1886年に設立された京都看病婦学校（同志社）へ教員としてアメリカから招聘されたリンド・リチャーズ（1841-1930）にあるとも言える。キリスト教の宣教師でもあったリチャーズは京都で現在の訪問看護先駆けとも言える「巡回看護」活動を開始した。社会事業活動としてキリスト教の精神に基づいて貧しい人々を対象に地域で看護活動を行っていた。1891年のリチャーズの帰国後、巡回看護は諸事情で一時途絶えたが、1923年には済生会（現済生会中央病院）が訪問看護活動を開始し、聖路加病院や東京市もそれに続いた。

(1) 継続看護

現在のような在宅看護の形態が整い始めたのは1960年

代後半から1970年代にかけて、「継続看護」の重要性が認識され始めた時期と重なる。「継続看護」とは入院中から退院後の回復期まで、継続して一貫性のある看護を提供していかなければケアの効果が十分に生かされないという考え方である。つまり、入院中十分なケアを受けて完全回復に近い状態まで到達しても、退院後も完全回復に向けてケア（外来への定期的な受診、訪問看護師によるケア、処方されている薬を正しく服用する、医師に指示されている運動をする、等）を続けなければ入院中に回復した分も悪化したり、完全回復に至らないからである。

(2) 在宅看護に関わる保険法

1982年に老人保健法が制定されて機能訓練や訪問指導などが可能になった。また、1985年に診療報酬改定があり、病院から訪問看護への移行に退院患者継続看護指導料として報酬がついたことは画期的なことであった。1992年の老人保健法改正を受けて老人訪問看護制度が設けられ、老人訪問看護ステーション設立へとつながった。

続いて、1994年には高齢者以外の難病、重度障がい者、末期のがん患者等も訪問看護を受けることが可能になったのは健康保険法の改正による。これで高齢者のみならず幅広く在宅療養者への看護サービス提供が可能になったのである。

2000年に制定された介護保険法により高齢者ケアの基盤整備が充実した一方で訪問介護（介護とは介護福祉士やヘルパーなどによって提供されるケアで、介護保険法第7条に「入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常

生活上の世話であり、厚生労働省令で定めるもの」と明記されている）サービスが拡大し、福祉的なサービスを提供していた訪問看護事業が閉鎖や縮小に至ったケースもある。介護保険法制定に伴って、改めて看護と介護の違いを確認し、質を担保した看護のあるべき姿を論拠に基づいて療養者へ示すことの重要性が強調された機会でもあった。

V. 病院内の看護と在宅看護との違い

在宅看護では対象者が0歳から終末期までのすべての年齢層であり、且つ多様な疾患や健康課題を持つ人々であるから、基本的な看護技術に加えて、各疾患や各年齢層に対応できる専門技術が求められる。病院内の看護と異なる点を表に示し（表1）、在宅看護の特性を以下に述べる。

- 療養者の自己決定のプロセスを必要に応じて情報提供などをしながら支援する。自己決定したことに敬意を表し、それを可能にするように支援する。療養者や家族の意思決定を反映させながら専門的な看護サービスを提供する。療養者や家族が自ら下した意思決定に責任を持ち、困難の中にも自分たちの思いや判断に従って在宅療養を継続できることは、療養者の自尊心を守り、また家族の絆を強めて在宅療養をすることの満足感に繋がる。
- 療養が生活の場で行われることによって、療養者

表1 在宅看護と病院看護の異なる点

	在宅看護	病院看護
対象者	自宅（地域）で療養している人と家族	入院して治療を受けているひと（患者）
意思決定の主体	在宅ケア（医療・看護・介護）について、療養者・家族が決定する	医療機関の規定の下に自己決定する 医療者の決定に影響を受けることが多い
看護の責任	単独で訪問し、観察・判断をすることで看護責任は重い	24時間体制で複数の看護師や他専門職があり、交替制である
医師との関係	医師の指示はあるが、対等な関係で情報提供や相談をする関係	医師の指示のもとに診療補助的関係
緊急時の対応	病院内のスピードでは対応できない 療養者・家族への緊急時の対応教育指導が必要 事前の緊急時対応体制整備 医師との連携が必要	医療者が24時間対応できる
看護の内容	多職種・他機関との連携によるチームアプローチ 対象者の年齢の幅、健康課題（疾患）の領域が広い 療養者の意志や希望が優先される	医師との協働が多く、他機関との連携は少ない 治療が優先される
看護の提供頻度	間歇的で、訪問時間が制限されている	持続的である
使用物品	在宅用高度な医療機器は多くあるが、物品は家庭にある物を使用、または工夫をして応用して用いる	医療機関の物品を使用する
ケアを提供する機関	地域内に点在している	病院内で完結する
物理的環境	バリアあり	バリアフリー（なし）

8 看護と情報 2013 ; Vol.20

自身や家族の負担が増す場合も少なくない。訪問看護の直接的な支援は通常は24時間カバーするものではないので、日常的な病状管理や生活管理は療養者自身や家族に委ねられる部分がある。また、在宅は生活をしていくための衣類調整や環境整備などの基本的な生活行為が不可欠であり、これらの日常生活行為は、基本的には療養者や家族によって行われる。

- ・ 通常、在宅看護では訪問は看護師単独で行うが、看護職だけの単独では包括的なケアは不可能である。従って、医療、福祉、行政、保健、地域などとの多職種・他機関との連携によるチームアプローチが必要である。それには連携に必要な調整力、コミュニケーション力などのマネジメントの力が求められる。
- ・ 医療機関においては、入院患者の療養全般に対して、それぞれの専門職により役割分担されており、効率的に治療などを進むように組織化されている。しかし、在宅環境では、治療、介護、他の医療機関などが地域内に点在しており、病院から在宅療養へ移行をスムーズにして、かつ継続したケアが受けられるようにするには（継続看護）専門職、及び専門機関の連携が重要になる。例えば、患者が療養できる環境、必要な医療や看護を受けるための手続き、介護の担い手の確保、緊急時の支援体制など、退院までの間に準備すべきことは多い。在宅看護は患者や家族の在宅療養への準備状況も含めて継続することになる。

自宅内の生活環境の確認、必要な福祉器具などを整える。加えて、在宅での医療処置の継続や経過を観察する必要性などを検討して訪問看護の頻度や時間の長短を調整する。家族の介護力も確認し、在宅ケアチームの編成の必要性についても専門機関と調整をする。

最近は独りで生活している高齢者や配偶者がいても共に健康課題を持っており、家庭内での介護力が非常に弱い場合が多く、外部機関との連携が更に重要になってきている。

VI. 在宅看護と異文化理解

従来の病院内看護では、病院へ患者が出向き、病院の決めたルールに沿って食事をとり、臥床し、検査や治療を受けるので、患者の「言い分」はあまり通る余地はな

いし、患者も不満ながらも回復するために納得して従っている。しかし、在宅看護は療養者本人の生活の場で実施されるので、療養者の生活圏、つまりその人の文化圏へ訪問看護師が訪問するのであるから、病院の看護師の立場とは当然ながら違ってくる。

文化は複数ある集合体に共通の価値観、宗教観、信念、習慣、歴史的背景を基に相対的に捉えて、自然に日常生活に影響を与える概念と定義されることが多い。タイラーは「知識、信仰、芸術、法律、風習、その他社会の構成員としての人間によって獲得された、あらゆる能力や習慣を含む複合体の全体」という定義をしており(E. Taylor)、エリオットは詩的表現を用いて「文化とは生きていくことそのもの」と定義している (Eliot, 1949)。

文化の概念は複雑で多くの要因により構成されており、服装や生活様式などのように外から見える者から、必ずしも外部からは見えない判断要因や価値観などの部分も持っている。

国や村などの集合体に共通な世界観が文化であり、その世界観は共通の価値観、信念、思考の枠組、情報などから構成されていると考えると、地域や組織と共通の分化を共有しながらも、同時に個々の人間にも他の人にはない独自の価値観や信念などから構成されていると考えるのが自然である (スーディ、他、2012)。

文化を在宅看護の視点でとらえると、病気回復や長期療養を目的として個々の過程で療養する在宅療養者の生活の場を訪問看護師が訪問するということは療養者の文化圏へ入るということである。療養者の独自の価値観、習慣、生活スタイル、個人史、信仰している宗教、信念、つまり「その人の文化」の理解なしに効果的な看護サービスの提供が困難になることは容易に推測できる。

筆者も数年公衆衛生活動をしていたイスラム圏では左手は不浄と考えられているので、物の受け渡しには注意を払う必要があるし、また、男性は女性とは握手をしない、等の習慣がある。これらは外から見える文化の特徴であるから非イスラム圏の人たちにも理解されている。このように明らかな文化の相違については理解がしやすいが、同じ国内や地域の異文化については必ずしも「見える形」で明確に表されない場合が多いので理解が困難で、誤解も生みやすい。特に日本のように民族の数が少なく、全国的に人の交流があるので、これが「日本人は皆同じ文化を共有する」という思い込みに繋がっている可能性がある。

たとえば、日本には「上座、下座」などの訪問をした際に座る場所についての一定のルールや「帽子など頭に被る物を足でまたがない」など礼儀的な決まりがある。

そして、それらを重視する家庭とそうでない家庭がある。同時に、一見、乱雑に見えても、例えば腕を伸ばせる範囲に限界があるために必要な物品を全て手の届く範囲に配置している、など療養者が健康状態に合わせて工夫をしている場合など多様な異文化が個々の生活圏に存在する。

まったく戦争体験のない訪問看護師が戦争を体験した療養者に接する時、ある程度の非日常的な過酷な戦争についての理解をもっていないと療養者を生活者として捉えて看護する場合に困難とを感じる場合がある。たとえば、高級有料老人ホームに住む人にも食べ残した食事を容器に入れて居室へ持ち帰り保存する人は多い。中には紙オムツをもったいないと再使用するために干している高齢者がいる（当然、感染管理の立場から再使用は避けるべきではあるが）。諸物資が不足していた戦中戦後を生きてきた高齢者は「食べ残しも使い捨てのオムツも勿体ない」と、経済的に困ってなくても感じるのである。

異文化は外国だけに存在するのではなく、個々の人間も独特の文化をもっており、在宅看護はユニークな文化を持ち暮らす人々が対象である。同じ国内や地域でも、各家庭や人にはその人の個人史、好み、性格などに基ずる文化があり、それらへの理解が対象者へ敬意を払うことでもあり、かつ、より効果的な在宅看護提供につながる。

VII. さいごに

2032年までは確実に高齢者人口は増加すると予想されており、特に75歳以上の後期高齢者の増加が大きいと推測されている（厚生白書、平成20年度版）。後期高齢者はアルツハイマー型認知症の罹患率が高く、出来るだけ住み慣れた空間での療養生活の継続には在宅看護は必須である。また、難病の人たちは急性期病院で診断を受けてからは在宅で療養することになることが多い。絶対数

は高齢者数には及ばないが、治療方針が定まらない中でのQOLを維持しながらの療養生活には看護支援が必要である。可能な限り同年齢の子供たちに近い状況で療養をすることが、小児の成長発達には大切であり、養育と療養には看護による親への支援は欠かせない。

多くの人たちが生活の場での療養や終焉を望んでいることはデータで示されている。また、その願いは極めて自然で、人間的で、願いの中にぬくもりさえ感じる。在宅看護はその願いを専門的に支える実践技術であり、在宅看護学はその実践技術や知識の礎となる論拠に基づいた看護の一学問領域である。

〈在宅看護学に興味を持った方は、「在宅看護学講座」（2012年発行）を参照されたい。〉

文 献

- 1) Donahue, M.P. The finest art: An illustrated history. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.
- 2) Elliot, T.S. Notes towards the definition of culture. New York: Harcourt, 1949.
- 3) Grindel-Waggoner, M. Home care: A history of caring, a future of challenges. Medsurg Nursing, 1999; 8 (2): 118 - 20.
- 4) Leininger, M.M. Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practices. New York: McGraw-Hill, 2002.
- 5) Royal College of Nursing. District Nursing: Changing and Challenging. A framework for the 21st century. London: Royal College of Nursing, 2002.
- 6) Widmer, A.G. Stress and burnout in transition. WHO Regional Office for Europe, Denmark, 2002; 2 (5): 1-162.
- 7) 厚生労働省. 高齢社会白書. 平成20年度版. 東京: 大蔵省印刷局, 2008.
- 8) スーディ神崎和代, 菊地ひろみ, 照井レナ, 柿山浩一郎, 福田大年, 鹿内あずさ. E-KANGO Project 2011. 札幌市立大学, 2012.
- 9) スーディ神崎和代編. 在宅看護学講座. 京都: ナカニシヤ出版, 2012.
- 10) 中央社会保険医療協議会. 在宅医療について. 中医協総-1資料, 2011.